

RENOUVELLEMENT (8 chiffres)

NOUVELLE LICENCE

CLUB: C B R LIGUE: AURA DÉPT: 42

CIVILITÉ _____ NOM: _____

PRÉNOM: _____

SEXE: FÉM. MASC

NÉ(E) LE: _____ NATIONALITÉ: _____

ADRESSE: _____

PAYS: _____

CODEPOSTAL _____ VILLE: _____

E-MAIL _____

TÉL. FIXE: _____ TÉL. MOBILE _____

TYPES D'INSCRIPTION :

- ADULTE / JEUNE : 120 €
- MINIBAD / POUSSIN : 100 €
- Pass Région* : 90€ **

TARIFS REDUIT MEME FAMILLE :

- ADULTE / JEUNE : 115 €
- MINIBAD / POUSSINS : 95 €
- Pass Région* : 85€ *

MEMBRE ASSOCIE: _____

NUMERO DE CARTE Pass'Région: _____

**Joindre un chèque de 30 € qui sera prélevé si la carte n'est pas approvisionnée.

- J'ai pris connaissance des statuts et du règlement intérieur et déclare accepter de m'y conformer.
- Dans l'intérêt du développement du badminton français, j'accepte que ces informations puissent être utilisées par la fédération à des fins d'information.
- J'accepte que la fédération transmette mes coordonnées à des tiers afin notamment de recevoir des offres privilégiées et sélectionnées par la fédération.
Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et d'opposition à la divulgation des données vous concernant (loi «Informatique et Libertés» du 6 janvier 1978 et l'article 21 du RGPD). Pour toute demande, adressez-vous à la FFBAD: cnil@ffbad.org
- Je ne souhaite pas que l'on puisse accéder à ma fiche résultat personnelle. J'ai conscience que ma participation à au moins une compétition officielle me fera apparaître dans les résultats de compétition et dans le classement de la fédération conformément au règlement général des compétitions.
- J'accepte de recevoir par SMS, des informations relatives aux évènements organisés par le CBR42.
- Je souhaite intégrer une équipe d'interclubs.
- Je suis intéressé pour acheter un maillot du club de Roanne (20 €). Si oui, précisez votre taille : _____

Adhésion de septembre à août - Chèque à l'ordre du CBR42

| | | |
|----------------------------------|---|---|
| PREMIÈRE PRISE DE LICENCE | JOINDRE LE CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION | http://www.ffbad.org/module/00003/22/data/Files/GUI21F1_ADM_Certificat%20de%20non%20contre-indication.pdf |
| RENOUVELLEMENT DE LICENCE | REMPILIR LE QUESTIONNAIRE DE SANTÉ ET JOINDRE UNE ATTESTATION <i>Rappel : Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions du questionnaire de santé, un certificat médical datant de moins d'un an doit obligatoirement être fourni pour le renouvellement.</i> | http://www.ffbad.org/module/00003/22/data/Files/Questionnaire%20%2B%20attestation.pdf |

COMMUNICATION

Nous avons besoin d'une adresse mail valide afin de vous tenir informés le plus efficacement possible et de répondre à vos demandes.

Pour nous contacter : contact@roannebadminton.com

Des newsletters, dont vous pouvez vous désinscrire à tout moment, vous sont envoyées qui regroupent les informations utiles, au cours de la saison.

Tenez-vous informé en visitant régulièrement notre site, www.roannebadminton.com, en particulier pour connaître les modifications d'horaires des créneaux, les dates et contenus des événements organisés, les résultats de nos équipes d'interclubs et télécharger les documents utiles.

Le club dispose d'une page facebook publique à l'adresse: <https://www.facebook.com/RoanneBadminton?fref=ts>, et d'une page facebook réservée aux membres. Vous devez disposer vous-même d'un compte facebook pour y accéder.

LES RESPONSABLES LÉGAUX DES ENFANTS MINEURS SONT TENUS DE REMPLIR L'AUTORISATION D'INTERVENTION CI-DESSOUS.

JE SOUSSIGNÉ(E): M. , MME , MLLE , NOM _____ PRENOM _____

AGISSANT EN QUALITÉ DE: PÈRE MÈRE TUTEUR TUTRICE _____,

Autorise pour mon fils (ma fille, mon pupille, ma pupille) le responsable du club à faire intervenir les services de santé publics en cas d'accident corporel de l'enfant.

NOM DE L'ENFANT _____ PRÉNOM _____

LE / / _____

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LÉGAL:

ASSURANCE

Je soussigné, atteste avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels aux quels la pratique sportive peut m'exposer (art. L321-4 du code du sport). Dans ce cadre, je déclare avoir reçu, pris connaissance et compris les modalités d'assurances présentées dans la notice d'information assurance FFBaD ci-annexée, et de la possibilité de souscrire à l'une des garanties d'assurance Accident Corporel facultatives proposées avec ma licence. Le prix de l'option de base incluse dans ma licence est de 0,35€ TTC. Je peux ne pas y adhérer et le signifier par écrit auprès de mon club à l'aide du formulaire de refus mis à ma disposition (procédure obligatoire). La souscription d'une option complémentaire A ou B se fait à l'aide du bulletin d'adhésion individuelle téléchargeable depuis le site internet de la FFBaD - rubrique assurance.

Signature du licencié ou de son représentant légal

Faire précéder la signature de la mention : "lu, compris et accepté"



Lorsque vous souhaitez obtenir des précisions sur les clauses d'application de votre contrat d'assurance, contactez le courtier d'assurance de la fédération:

AIAC courtage, 14 rue de Clichy, 75009 Paris, N° VERT: 0800 886486 / Tel: 05.59.23.14.27
ou par Email : Assurance-ffbad@aiac.fr



INFORMATION SUR LE CONTRAT

Lorsque vous souhaitez obtenir des précisions sur les clauses d'application de votre contrat notamment à la souscription ou en cas de sinistre, contactez:

AIAC courtage, 14 rue de Clichy, 75009 Paris

N° VERT : 0 800 886 486

Assurance-ffbad@aiac.fr

Les résumés des contrats sont téléchargeables depuis le site internet de la FFBaD - www.ffbad.org - rubrique assurance. Les contrats sont consultables à la Fédération, 9-11 avenue Michelet, 93583 Saint-Ouen Cedex.

QUE FAIRE EN CAS D'ACCIDENT ?

Remplissez le formulaire de déclaration d'accident en ligne que vous trouverez sur le site internet de la FFBaD (rubrique assurance). Un accusé réception comprenant un numéro de dossier et la procédure à suivre pour le meilleur traitement de votre dossier vous seront immédiatement communiqués par Email.

Pour faire appel à EUROP ASSISTANCE:

appelez le +33.(0)1.41.85.81.02.

Attention, aucune prestation d'assistance ne sera délivrée sans l'accord préalable d'Europ Assistance.

SI VOUS NE SOUHAITEZ PAS SOUSCRIRE A L'ASSURANCE GENERALI :

Je soussigné _____, renonce par la présente à l'adhésion au contrat d'assurance Individuelle Accident n° AN987.507 que j'avais souscrit à distance le _____.

Fait à _____, le _____. SIGNATURE»

Les garanties cessent à la date de réception de la renonciation. Le cas échéant, les cotisations déjà versées me seront remboursées à l'exception de celles correspondant à la période de garantie écoulée.

Fait à, le
Signature du licencié :

DROIT A L'IMAGE :

Lors de manifestations organisées par la FFBaD, une ligue, un comité et/ou un club affilié à la fédération, l'image et la voix du licencié, sont susceptibles d'être captées par tous moyens vidéos dans le cadre des activités de la FFBaD et ce, pendant toute la durée de la saison. Le signataire du présent formulaire autorise la FFBaD et le CBR à procéder à des captations d'image et de voix et à utiliser et diffuser, pour la promotion du badminton, les images et les voix ainsi captées, sur tous supports de communication quels qu'ils soient. Cette autorisation est consentie pour la promotion du badminton à titre gratuit pour une durée de 70 ans et vaut pour le monde entier.

CONTRÔLE ANTIDOPAGE :

Considérant le Code du sport - Titre III : Santé des sportifs et lutte contre le dopage,

Article L232-10-3: «Il est interdit à toute personne de s'opposer par quelque moyen que ce soit aux mesures de contrôle prévues par le présent titre.»

Article L232-12: «Les opérations de contrôle sont diligentées par le directeur du département des contrôles de l'Agence française de lutte contre le dopage. Les personnes mentionnées à l'article L.232-11 ayant la qualité de médecin peuvent procéder à des examens médicaux cliniques et à des prélèvements biologiques destinés à mettre en évidence l'utilisation de procédés prohibés ou à déceler la présence dans l'organisme de substances interdites. Les personnes agréées par l'agence et assermentées peuvent également procéder à ces prélèvements biologiques. Seules les personnes mentionnées à l'article L.232-11 et qui y sont autorisées par le code de la santé publique peuvent procéder à des prélèvements sanguins.